THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenuele Jeudi 11 Juin 1908, à 1 heure

PAR

Frédéric RENAUDET

Ancien interne des Hôpitaux de Rennes.

DE LA

Cure Radicale de la Hernie Crurale

PAR LE

PROCÉDÉ DE GUIBÉ ET PROUST MODIFIÉ

Président : M. QUÉNU , *professeur*

Juges { MM. HUTINEL, *professeur*
PROUST, *agrégé*
NOBÉCOURT, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fer.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

humble témoignage d'une affection bien réelle.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

Professeur à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'Honneur

De la Cure Radicale de la Hernie Crurale

PAR LE

PROCEDE DE GUIBÉ ET PROUST MODIFIÉ

INTRODUCTION

En 1904, MM. Proust et Guibé publiaient, dans la *Semaine médicale*, un article sur la cure radicale de la hernie crurale et ils indiquaient un procédé qui, ultérieurement mis en pratique dans le service du professeur Quénu par le docteur Duval, agrégé, et le docteur Küss, ancien interne des hôpitaux, venait se confirmer par des résultats si satisfaisants que nous n'avons pas cru faire œuvre vaine en le prenant comme sujet de notre thèse.

Nous avons divisé ce travail en quatre paragraphes. Dans le premier nous faisons une courte étude historique et critique de quelques procédés de cure radicale de hernie crurale, encore actuellement très envogues et auxquels la méthode, emprunte certains

actes opératoires ; dans le second nous donnons en détail la technique du procédé ; le troisième comporte nos observations ; enfin le quatrième est un essai d'étude critique de la méthode dans lequel nous en indiquons les avantages tout en discutant ses inconvénients.

Mais avant d'entrer dans le cœur même de notre sujet, qu'il nous soit permis de profiter de cette occasion qui nous est donnée pour nous acquitter d'un devoir bien doux de reconnaissance.

Et tout d'abord le professeur Quénu a droit à notre plus respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse et en nous permettant la publication des quelques observations intéressantes qui y sont contenues et qui, prises dans son service, nous ont été gracieusement confiées par MM. Duval et Küss. Nous sommes redevable des quelques autres à l'amabilité de MM. Guibé et Rigollot.

Qu'il nous soit permis de remercier également nos autres maîtres éminents de la Faculté de médecine de Paris et en particulier MM. Quénu et Gosset, chirurgiens des hôpitaux, qui nous ont prodigué leur science durant la fin de nos études.

Nous aurons un souvenir tout spécial pour nos maîtres de l'école de Rennes qui ont tant contribué à notre formation médicale et parmi eux les Drs Dayot et Millardet chez lesquels nous avons fait nos deux années d'externat sont assurés de toute notre gratitude.

Mais nous sommes encore plus grandement redevable à M. le professeur Follet. Guidé par lui nous fîmes nos premiers pas dans notre carrière médicale et quelques années plus tard, lorsque nous eûmes l'honneur d'être son interne, il nous initia sans compter aux difficultés de la clinique médicale tant par ses leçons claires et documentées que par les causeries au lit du malade, toujours marquées de cette empreinte si personnelle qui en faisait tout le charme. Près de lui nous avons trouvé plus qu'un maître et en maintes circonstances il a fait preuve à notre égard d'une bienveillance quasi paternelle. Aussi peut-il être assuré de notre plus entier dévouement.

Enfin, nous n'oublierons pas non plus M. Warice auquel nous devons l'illustration de cette thèse ainsi que le gracieux concours qu'a bien voulu nous accorder le Dr Küss en nous aidant dans la plus large mesure à réunir les différents éléments qui la constituent.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ET ÉTUDE CRITIQUE DES QUELQUES PROCÉDÉS DE CURE RADICALE DE HERNIE CRURALE AUXQUELS LA MÉTHODE EMPRUNTE CERTAINS ACTES OPÉRATOIRES

Tout opérateur qui veut faire radicale une cure de hernie ne doit pas perdre de vue que le succès de son opération dépend d'abord de la fermeture parfaite du point faible qui a servi de porte de sortie à la hernie et la transformation post-opératoire de cette partie faible en une paroi résistante, ensuite de l'éloignement du point opéré du moignon péritonéal qui ultérieurement pourrait être le point de départ d'une récidive. Or dans la hernie crurale nous trouvons-nous dans les meilleures conditions pour réaliser ces desiderata ? Evidemment non, si surtout nous nous contentons uniquement d'utiliser pour l'oblitérer des parois mêmes de notre trajet crural. En effet de ces parois deux sont rigides : c'est en bas la surface pectinéale matelassée de son surtout musculo-oponévrotique ; en dedans c'est le bord concave du ligament de Gimbernat. Une est presque inutilisable, c'est la paroi externe à cause de la présence de la veine fémorale ; la seule apparemment

mobilisable est la paroi supérieure formée par l'arcade de Fallope et encore ne l'est-elle guère. C'est pourquoi on a eu vite trouvé insuffisants, du moins pour les grosses hernies, les procédés cruraux tels qu'ils étaient employés par Triconi, Berger, Richelot et qui consistaient à fermer l'anneau en suturant par trois ou quatre ligatures l'aponévrose du pectiné à l'arcade de Fallope. D'ailleurs, si on ne créait pas par ce procédé une paroi parfaite, on n'évitait pas davantage le second écueil signalé et qui consiste à laisser au contact même de la plaie le moignon du sac hernié. Comment en effet l'éloigner alors qu'on se trouvait avoir un champ opératoire limité et bridé par cette sangle résistante qu'est l'arcade crurale? Aussi des procédés autant nombreux que variés ont-ils été mis en usage dans le but de remédier aux inconvénients de la méthode précédente et l'on a vu naître les méthode de Salzer, de Cheyne, de Trendelemburg et combien d'autres que l'on nous permettera de passer sous silence pour insister davantage sur deux procédés, ceux de Ruggi modifié par Parlavecchio et de Delagenière, auxquels la méthode est grandement redevable. Ces derniers ont pour but de permettre de lier le sac très haut et de reconstituer une paroi au contact même de la séreuse, sans laisser subsister de diverticule pouvant servir d'amorce à une récidive.

L'arcade fémorale, avons-nous dit, est la bride qui limite en haut l'accès vers le péritoine et les plans profonds et restreint ainsi le champ opératoire.

Pour ne pas être ainsi limité Ruggi s'est dit : « opérons délibérément au-dessus d'elle en passant par voie inguinale », et Delagenière : « supprimons l'arcade en la sectionnant. »

Et nous voyons ce dernier fendre son arcade verticalement sur deux ou trois centimètres, libérer et ouvrir son sac, l'attirer dans l'échancrure faite à son arcade et grâce à cette manœuvre faire porter sa ligature sur le point le plus élevé de l'infundibulum. Pour plus de sûreté même, Delagenière recommande de suspendre à la manière de Barker le moignon ainsi obtenu, en passant séparément dans la paroi les deux chefs du fil qui ont servi à la ligature. Et par ce fait qu'il résèque non seulement tout le collet du sac, mais encore le péritoine voisin qui affecte une disposition infundibuliforme, il évite dans la mesure du possible toute récidive par amorce péritonéale. Reste à fermer l'orifice béant créé par cette manœuvre. Pour cela, dit Delagenière : « Nous passons deux ou plusieurs forts catguts à travers l'aponévrose du pectiné, la bandelette iléo-pectinée et même le périoste, afin de donner à nos fils un point d'appui solide ; puis nous passons l'anse postérieure de chacun des fils à travers l'arcade, tout près du point où elle a été sectionnée, les uns en dedans, les autres en dehors de l'incision. Les catguts sont alors noués et l'on voit l'arcade s'affaiser vers la branche horizontale du pubis et se porter en arrière, transformant dans un mouvement de descente son incision verticale en un espace triangulaire à sommet

supérieur et antérieur. » Et de cette façon il transforme cet orifice béant, rigide et fixe qu'était l'anneau crural, en un petit orifice insignifiant susceptible de subir les effets rétractifs des cicatrices.

Ruggi et avec lui Tuffier, Vallas, Delbet, Bardescu et d'autres encore utilisent la voie inguinale dans tous les cas de hernie crurale. Nous n'entrerons pas dans le détail de leurs méthodes, nous contentant d'en rappeler les grandes lignes. Dans un premier temps on incise les téguments sur une ligne menée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis à un doigt de l'arcade crurale. On ouvre le canal inguinal par une incision faite à l'aponévrose du grand oblique et parallèlement à ses fibres. Puis après avoir récliné le cordon chez l'homme, le ligament rond chez la femme, on relève le bord inférieur du petit oblique et transverse et l'on effondre la paroi postérieure du canal. On aperçoit alors le collet du sac crural.

Reste à l'attirer par l'ouverture de la plaie et à transformer de cette façon notre hernie crurale en hernie inguinale. Cette manœuvre facile, à cause de la laxité du tissu cellulaire, permet de voir en entier l'infundibulum péritonéal d'où naît la hernie, de venir le lier très haut et dans d'excellentes conditions ; on supprime ainsi tout diverticule séreux au niveau de l'anneau crural. Il suffit alors de fermer celui-ci. Pour cela on a soin de bien dégager le ligament de Cooper et par un gros catgut on l'accole au bord inférieur de l'arcade crurale. Quant à la

brèche inguinale elle est réparée par le procédé de Bassini.

Cette façon d'oblitérer l'anneau crural pouvait paraître insuffisante. Notre arcade fémorale sollicitée à la fois dans deux sens différents, en bas par les sutures qui l'unissaient au ligament de Cooper et en haut par la réfection du canal inguinal, ne risquait-elle pas de s'érailler et d'affaiblir ainsi la paroi abdominale reconstituée ? C'est ce que pensa Parlavecchio qui apporta au procédé une variante sur laquelle nous ne saurions trop insister. Après avoir lié son sac le plus haut possible et bien mis en évidence le ligament de Cooper, il vient suturer à ce ligament le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse.

Le plan musculaire de la paroi abdominale s'abaisse ainsi comme un rideau et vient directement faire suite à la crête pectinéale. Dans un deuxième temps seulement, par-dessus ce premier plan, il suture le ligament de Fallope à l'aponévrose pectinéale. Il créait de cette façon une paroi autrement solide que celle de Ruggi par deux plans de suture, l'un musculo-aponévrotique, l'autre aponévro-aponévrotique.

Nous voici donc en présence de deux méthodes en apparence parfaites et qui semblent répondre à nos deux desiderata à savoir réfection d'une paroi très solide et suppression de tout diverticule pouvant amorcer une récidive. Sont-elles cependant à l'abri de tout reproche ? Nous ne le pensons pas. A

l'une, celle de Delagenière, nous reprochons d'affaiblir le canal inguinal. En effet suturant l'arcade crurale au pectiné, on abaisse très fortement celle-ci. Or à ce niveau notre arcade de Fallope n'est que la paroi inférieure du trajet inguinal. Nous abaissons donc cette paroi inférieure et comme rien ne vient solliciter en bas le bord supérieur formé par les muscles transverse et petit oblique, nous augmentons le diamètre vertical de notre trajet inguinal, exagérons par ce fait l'étendue de ce point faible naturel, et favorisons d'autant la formation d'une hernie à ce niveau. A l'autre, celle de Ruggi modifiée par Parlavecchio, nous reprochons d'opérer successivement au-dessus et au-dessous de l'arcade et de compliquer inutilement la technique opératoire en allant s'attaquer à un canal inguinal qui ne le demande pas. Il y avait moyen de faire mieux et à côté de ces deux méthodes, provenant d'elles en quelque sorte, il y avait place pour une troisième. Pourquoi ne pas aborder comme Delagenière la hernie par le canal crural en se donnant tout le jour désirable, non plus en sectionnant notre arcade crurale, mais le ligament de Gimbernat ? Pourquoi pour la réfection de notre paroi ne pas avoir recours au procédé si ingénieux de Parlavecchio ? C'est ce qu'ont pensé MM. Proust et Guibé et c'est ce procédé, employé à l'hôpital Cochin, dont nous allons indiquer la technique.

CHAPITRE II

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Voici comment doit être réglé le procédé de cure radicale de hernie crurale tel que nous le comprenons, tel d'ailleurs, que nous l'avons pratiqué et vu pratiquer par le Dr Küss.

Le malade sera soumis autant que possible à l'anesthésie générale ; on aura pris toutes les précautions d'asepsie et d'antisepsie habituelles ayant trait au chirurgien, à l'opéré et au local où il subit l'intervention. Nos instruments stérilisés à l'eau bouillante et disposés en un ordre parfait sur un plateau flambé seront en nombre restreint. Un bistouri, au maximum dix pinces de Péan, deux pinces de Lister, une pince à dissection et une sonde cannelée, deux écarteurs de Farabeuf, une aiguille de Reverdin un peu courbe, quelques catguts pour les sutures profondes, quelques crins ou agrafes pour la réunion des deux bords de la plaie cutanée, telle est, au grand complet, l'instrumentation nécessaire. Le chirurgien, s'étant assuré par lui-même que toutes ces précautions dont on sait l'importance ont été bien prises, pourra se

mettre à l'œuvre. Nous sommes d'avis qu'il procède en six temps successifs.

Premier temps : *Incision cutanée.* — Cette incision faite prudemment sera légèrement oblique de haut en bas et supérieure de un centimètre environ à l'arcade de Fallope. Elle finira ou commencera suivant le côté opéré très légèrement en dedans de l'épine du pubis et s'étendra en générale sur une longueur de sept ou huit centimètres, mais cette étendue sera avant tout proportionnée au volume de la hernie.

Deuxième temps : *Ouverture du plan sous-cutané.* — La peau une fois incisée, le plan graisseux sous-cutané se présente. On y trouve toujours à mi-distance environ des extrémités de l'incision une veine tégumenteuse abdominale. Elle sera sectionnée entre deux pinces hémostastiques prenant également dans leurs mors le tissu cellulaire sous-cutané. Ces pinces seront laissées à demeure et dans la suite serviront d'écarteurs. (Fig. 1).

Troisième temps : *Mise à nu de l'arcade et cure radicale de la hernie.* — On aperçoit alors les fibres brillantes et nacrées de l'arcade de Fallope. Portons-nous vers son bord inférieur et nous trouverons le sac graisseux, lipomateux de la hernie crurale. Il nous faut le libérer par dissection digitale, l'isoler le plus haut possible, l'ouvrir et le lier.

Si pour ces manœuvres le ligament de Gimbernat venait à être un obstacle soit qu'il s'agisse d'une hernie étranglée ou d'une pointe de hernie n'ayant

pas déformé la région, il ne faudrait pas hésiter à l'inciser de bout en bout. Immédiatement toute la région devenant accessible on a toute facilité pour une ligature haute du sac.

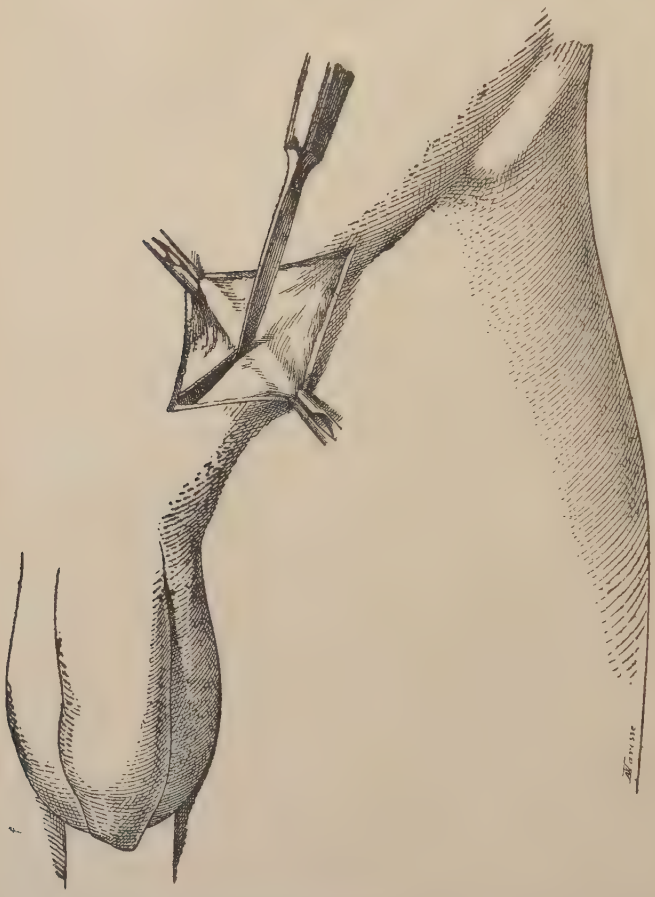

Fig. I.— La peau est sectionnée ; le bistouri qui a divisé le tissu cellulaire à la partie interne continue sa course en incisant la veine tégumentaire abdominale.

Quatrième temps : *Fermeture du trajet.* — Que nous reste-t-il à faire, la hernie réduite, sinon à

oblitérer notre anneau crural d'une façon définitive. Pour cela nous reportant en haut nous sectionnons l'arcade de Fallope horizontalement en regard de la plaie cutanée et nous confions la lèvre

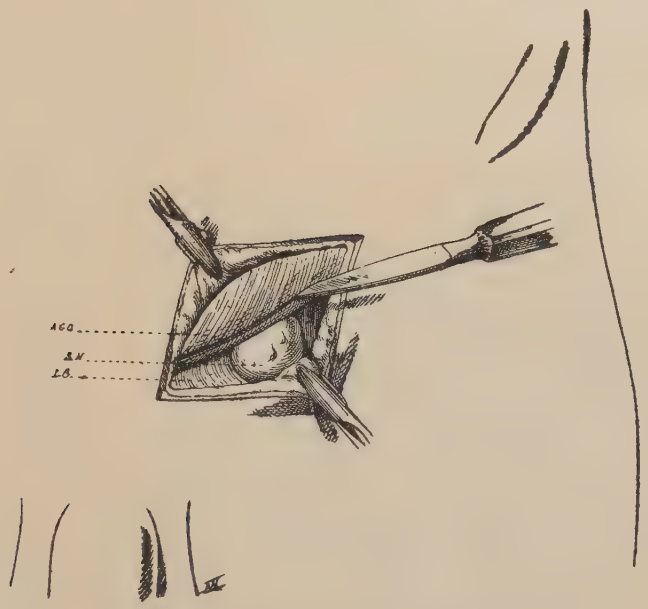

Fig. II. — L'aponévrose du grand oblique est incisée en partie. Sous son bord inférieur on aperçoit le sac herniaire.

supérieure à un écarteur de Farabeuf (fig. 11). Si nous considérons alors la partie de la plaie comprise entre les deux lèvres divisées du grand oblique, nous voyons qu'elle est anatomiquement formée de la façon suivante : en bas nous avons les fibres inférieures du petit oblique déjà différenciées et séparées du corps musculaire principal et qui vont former le faisceau externe d'origine du crémaster, en dedans occupant l'angle très interne nous sentons

les éléments du cordon, en haut se trouve notre tendon conjoint musculaire en dehors, tendineux en dedans, résultante de la réunion des muscles petit oblique et transverse (fig. III). C'est lui que nous

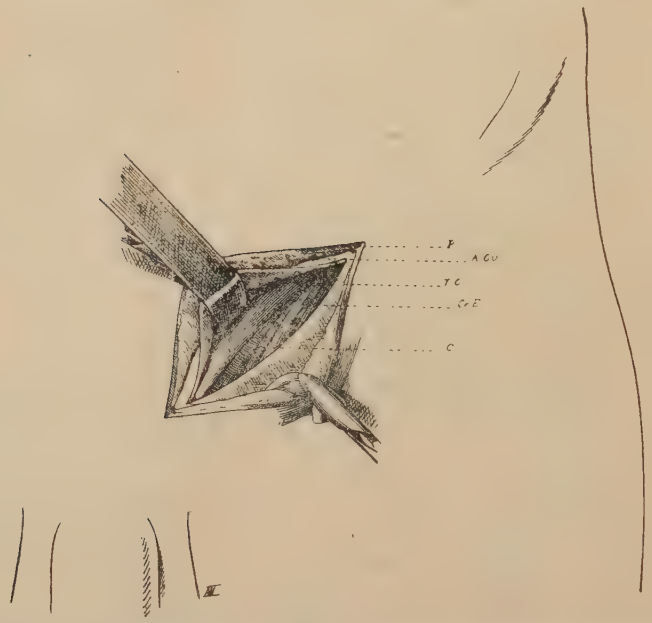

Fig. III. — Aperçu anatomique de la région après section longitudinale de l'aponévrose du Grand Oblique.

P.	Peau
AGO. . . .	Aponévrose du Grand oblique
TC.	Tendon conjoint
Cr. E. . . .	Crémaster externe
C.	Cordon

allons libérer à la sonde cannelée sur une hauteur de 2 ou 3 centimètres. Puis sur ce tendon conjoint, aux deux extrémités les plus internes et les plus externes que nous apercevons, nous plaçons deux pinces de Lister qui permettront de l'abaisser On vient alors à l'aide de la sonde cannelée reconnaître la

crête pectinéale revêtue du ligament de Cooper et tandis que l'on sent le contact osseux de l'une, l'on voit le rebord fibreux net et brillant de l'autre. Notre région étant ainsi bien exposée nous allons charger en haut les muscles petit oblique et transverse, en bas le ligament de Cooper et l'aponévrose pectinéale avec trois fils passés à l'aide de l'aiguille

Fig. IV. — Les fils profonds traversent l'aponévrose pectinéale et les muscles abaissés de la paroi abdominale.

de Reverdin et ensuite repérés chacun à leurs extrémités dans les mors d'une pince de Péan. Pour cette manœuvre trois précautions sont à prendre : les fils ne doivent pas être situés sur une même ligne horizontale de peur de produire une éraillure musculaire, le passage du dernier fil doit être calculé de

manière à ce que la veine fémorale ne se trouve pas comprimée, enfin un écarteur doit venir protéger celle-ci contre une piqûre toujours possible. Lorsque tous ces fils seront noués il ne restera plus trace du trajet crural (fig. 4).

Mais avant d'aller plus loin qu'il nous soit permis d'insister sur l'avantage qu'il y a à sectionner l'arcade fémorale, comme le font d'ailleurs Ruggi et Parlavecchio, au lieu de la relever simplement à la

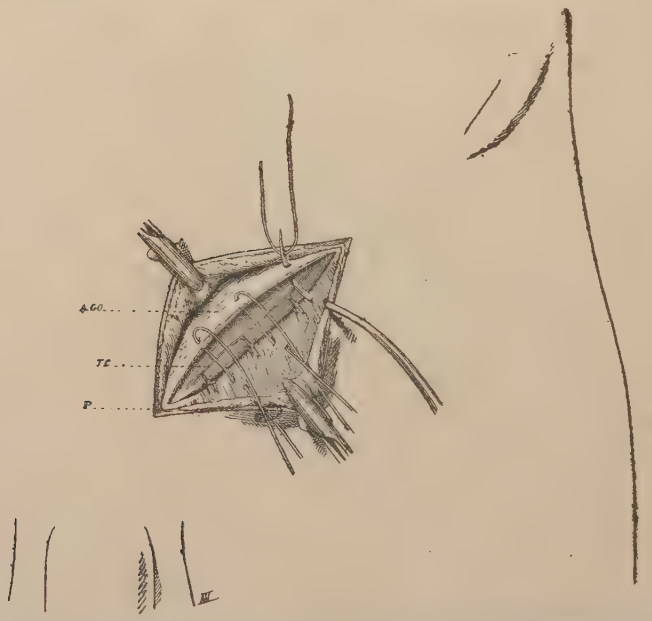

Fig. V. — Les fils profonds sont noués. On voit le passage des fils superficiels qui intéressent l'aponévrose du grand oblique et l'aponévrose pectinéale.

manière de Guibé et Proust. De cette façon voyant le cordon spermatique nous pouvons le rejeter en arrière de notre suture sans nous exposer à venir le léser comme dans ce dernier procédé.

Cinquième temps : *Suture de l'arcade fémorale à l'aponévrose pectinéale.* — Ce temps se fait très facilement. Trois fils passés dans la lèvre supérieure de l'aponévrose du grand oblique viennent ressortir à l'aponévrose pectinéale au-dessous de nos points précédents et ainsi par-dessus notre premier plan nous venons en créer un second aponévro-aponévrotique (fig. 5).

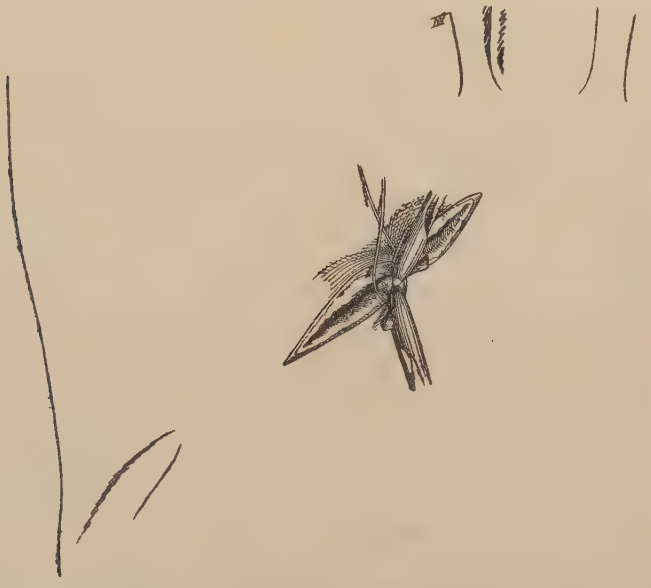

Fig. VI. — Ligature, par un seul fil, des deux bouts rapprochés de la veine tégumenteuse abdominale.

Sixième temps : *Réfection des plans superficiels.* — Elle se fera en deux temps : dans un premier nous viendrons lier à l'aide d'un fil placé circulairement les deux extrémités rapprochées de notre veine tégumenteuse toujours repérée par nos pinces, puis dans un second temps nous suturerons notre peau suivant la technique habituelle (fig. 6).

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Nous ne rapporterons pas d'observations détaillées. En effet pour nous il n'y a guère d'intéressant que les résultats opératoires, immédiats et éloignés. Nous aurions voulu faire connaître ce double résultat après chacune de nos observations ; malheureusement un certain nombre de nos malades ont donné dans les divers hôpitaux où ils ont été opérés des adresses parfois fantaisistes, d'autres ont quitté depuis longtemps leur domicile d'alors sans laisser d'indication nous permettant de les retrouver.

Dans les premières observations qui vont suivre nous ne pourrons donc donner que l'état des malades à leur sortie de l'hôpital, n'ayant pu les revoir dans la suite. Celles-ci ne cessent pas cependant d'être intéressantes parce qu'elles prouvent que par notre méthode la guérison s'effectue en un laps de temps aussi court que dans les autres procédés et qu'aucun de nos malades n'était porteur alors de signes pouvant même faire soupçonner une récidive.

OBSERVATION I (Inédite)

Communiquée par le Dr Rigollot

C... Auguste, vingt et un ans, entre le 11 août 1904 à l'hôpital Beaujon dans le service du Dr Michaut pour une hernie crurale gauche réductible.

Il est opéré par le Dr Rigollot qui, après section du ligament de Gimbernat, reséque le sac et le fixe par un Barker. L'anneau crural est fermé par la suture des muscles petit oblique et transverse au ligament de Cooper.

Les suites opératoires sont normales et le malade sort parfaitement guéri trois semaines après l'opération.

OBSERVATION II (Inédite)

Communiquée par le Dr Rigollot

M... Marie est opérée à l'hôpital Beaujon dans le service du Dr Michaut le 1er septembre 1904, d'une hernie crurale droite. L'opérateur, le Dr Michon, applique le procédé de Guibé et Proust. Les suites opératoires sont normales, les fils sont enlevés au huitième jour et le vingt-cinquième jour la malade quitte le service avec une région crurale solide sans qu'il s'y produise la moindre expansion à la toux.

OBSERVATION III (Inédite)

Communiquée par le Dr Rigollot

Veuve P..., soixante ans. Opérée à Beaujon le 16 février 1905 par le Dr Rigollot d'une hernie crurale droite.

Après débridement complet du Gimbernat la réfection de la paroi est obtenue par deux plans : l'un provenant de la suture des muscles petit oblique et transverse au ligament de Cooper, l'autre de la suture de l'arcade de Fallope au pectiné.

Les suites opératoires sont normales et apyrétiques et la malade sort guérie avec une très bonne paroi dans les premiers jours de mai.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Communiquée par le Dr Küss.)

G... Jules, quarante-huit ans. Ce malade est porteur d'une hernie inguinale droite et d'une hernie crurale gauche, l'une et l'autre réductibles. Le Dr Duval l'opère le 11 mai 1906 à l'hôpital Cochin dans le service du professeur Quénu. La cure radicale de la hernie inguinale est obtenue par le Bassini, celle de la hernie crurale par le procédé que nous indiquons.

Le malade sort parfaitement guéri le 11 juin 1906 sans qu'il se produise la moindre expansion à la toux dans aucune des régions opérées.

Etant sans domicile à cette époque nous n'avons pu le retrouver.

OBSERVATION V (Inédite)

(Communiquée par le Dr Küss.)

B... Emile, cinquante ans, est opéré le 24 janvier 1906 par le Dr Kuss, dans le service du professeur Quénu, d'une

grosse hernie crurale gauche réductible et très ancienne. Le procédé Guibé et Proust modifié est intégralement suivi. Les suites opératoires sont bonnes et le malade sort le 15 février avec une paroi solide et un anneau crural bien fermé.

OBSERVATION VI (Inédite)

(Due à l'obligeance du Dr Guibé.)

C..., Léon, cinquante-quatre ans. Ce malade est porteur d'une double hernie crurale, assez volumineuses, réductibles, mais génant le malade. *De chaque côté la hernie empiète très fortement sur la portion prévasculaire de l'anneau crural. Celui-ci surtout à gauche est difficile à sentir après réduction.*

Le 17 avril M. Guibé opère le malade du côté droit à l'hôpital Necker en appliquant son procédé. La guérison se fait par première intention, et le malade part pour Vincennes le 14 mai 1906. Il revient au bout de quinze jours pour se faire opérer de l'autre côté. Le 16 juin 1906 le Dr Guibé procède à cette seconde intervention et son malade sort guéri le 2 juillet 1906.

Nous n'avons pu revoir ce malade, mais nous savons qu'environ un mois plus tard il se représentait à Necker avec une récidive double. Cette rechute s'explique facilement. En effet il s'agissait d'un malade dont le sac herniaire empiétait fortement sur la portion prévasculaire de l'anneau crural. On eut beau fermer celui-ci le plus exactement possible par la méthode indiquée il restait au-devant des vaisseaux une petite solution de continuité. Or la hernie profitant de cette porte de sortie qu'on ne lui avait pas fermée, s'enfonçant à la façon d'un coin entre l'arcade de Fallope et les vaisseaux fémoraux, dilatant, élargis-

sant l'angle externe de notre anneau crural, s'était fait jour à l'extérieur au mépris de la muraille musculaire qu'on lui avait opposée. Cette observation que nous devions à la véracité de rapporter n'est donc pas absolument en défaveur du procédé. Elle prouve tout simplement une chose : c'est qu'il est des cas rares de hernie crurale s'engageant au-devant des vaisseaux où les meilleurs procédés se trouvent insuffisants par ce fait même que tous obligés de ménager la sortie du paquet vasculaire laissent à l'angle externe de l'anneau crural un point faible que la hernie peut parfois mettre à profit pour récidiver.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Communiquée par M. Kuss.)

V... Désirée, soixante-deux ans, entre le 14 septembre 1907 à l'hôpital Cochin pour une hernie crurale droite réductible et ayant environ la grosseur d'un œuf de poule. M. Küss l'opère le 25 septembre en suivant exactement le procédé dont nous avons indiqué la technique.

Le 30 novembre 1907, elle quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Cette personne n'étant plus à Paris depuis un mois nous n'avons pu la revoir, mais, le 14 mai 1908, un de ses parents put nous affirmer que depuis l'opération datant de huit mois elle n'a pas eu de récidive.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Communiquée par M. Küss.)

Le G... Désirée est opérée le 21 septembre 1907 par

M. Kuss à l'hôpital Cochin d'une hernie crurale droite réductible. La réfection de la paroi s'obtient par la suture des muscles petit oblique et transverse au ligament de Cooper, puis par celle de la lèvre supérieure de l'aponévrose d'insertion divisée du muscle grand oblique au pectiné.

Les fils sont enlevés au neuvième jour et la malade sort guérie le 12 octobre 1907.

Le 13 janvier 1908 elle revient à Cochin pour coliques appendiculaires. Elle est mise en observation, subit l'ablation de l'appendice et de nouveau sort guérie deux mois plus tard. A ce moment, fin mars, six mois après la première intervention on ne constate à la région crurale aucune récidive herniaire.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Communiquée par le Dr Kuss.)

H. . Henriette, soixante-cinq ans, se présente à l'hôpital Cochin le 12 novembre 1907 porteuse d'une grosse hernie crurale droite irréductible. Le Dr Küss l'opère le 29 novembre. Il trouve un sac herniaire renfermant uniquement de l'épiploon. Celui-ci est réséqué, le sac est libéré et lié aussi haut que possible. La réfection de la paroi se fait suivant la technique indiquée, mais au cours des sutures du tendon conjoint au pectiné la veine pectinéale variqueuse est blessée. Il se produit une hémorragie veineuse assez abondante ; on en reconnaît l'origine et on obtint facilement l'hémostase en serrant les fils.

La malade sort guérie le 4 janvier 1908.

Le 15 mai 1908 nous avons fini par la retrouver à l'hôpital

Cochin où depuis quelques jours elle est traitée pour une affection médicale dans le service du Dr Widal.

Au point de vue qui nous occupe elle est aussi bien que possible. Une cicatrice blanchâtre longue de 6 centimètres subsiste comme témoin de l'opération à la région crurale droite, mais à ce niveau il n'y a aucune trace de hernie, ni expansion à la toux.

OBSERVATION X (Inédite)

(Due à l'obligeance du Dr Guibé.)

V... Esther, cinquante-huit ans, entre le 16 novembre 1904 à l'hôpital Necker pour une hernie crurale gauche datant de quinze ans et qui s'est subitement étranglée le matin par effort de toux. Le soir à 6 heures le Dr Guibé procède à la cure radicale en suivant exactement sa méthode. Les suites opératoires sont bonnes. La malade sort le 8 décembre avec une cicatrice en bon état et aucune impulsion à la toux.

Le 12 mai 1908 nous avons revu cette malade. Depuis sa sortie de l'hôpital elle a repris son métier de femme de ménage sans avoir eu de récidive herniaire ni même jamais souffert de la région opérée.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Due à l'obligeance du Dr Rigollot.)

D... Marie, quarante-deux ans, est opérée le 19 août 1904 d'une hernie crurale droite à l'hôpital Beaujon, dans le service

du Dr Michaut. Le chirurgien, le Dr Rigollot procède à la cure radicale par le procédé de Guibé et Proust. Vingt jours après la malade quitte l'hôpital avec une paroi solide et un anneau crural exactement fermé.

Le 10 mai 1908 ayant eu le bonheur de retrouver cette malade nous n'avons constaté chez elle aucune récidive.

Si maintenant, jetant un coup d'œil en arrière, nous reprenons nos observations au point de vue purement statistique voilà en résumé les résultats que nous pouvons publier : Sur 11 cas, nous en avons 5 dont les résultats immédiats sont bons sans qu'il nous ait été permis d'en constater les résultats éloignés ; 5 dont les résultats immédiats sont parfaits ainsi d'ailleurs que les résultats éloignés datant de sept mois, six mois, cinq mois, quarante-trois mois et quarante-cinq mois ; enfin nous avons 1 cas mauvais parce qu'il s'agissait d'une hernie oblique externe où, comme nous l'avons vu, tous les procédés de cure radicale devaient presque forcément échouer.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CRITIQUE DU PROCÉDÉ

Maintenant que l'on connaît le procédé et ses résultats qu'il nous soit permis dans une courte étude critique d'en faire ressortir les avantages et de voir quels en sont les inconvénients.

Ses avantages sont nombreux. Et tout d'abord il s'oppose à tout récidive tout en éloignant de la plaie le moignon suturé et en détruisant tout infundibulum péritonéal, qu'en oblitérant l'anneau crural d'une façon parfaite. Sur le premier point nous n'insisterons pas ayant déjà eu l'occasion d'en parler.

Nous rappellerons seulement que la section du ligament de Gimbernat en nous donnant un champ opératoire vaste nous permet de faire une ligature haute du sac et par suite de l'éloigner du point opéré et que, d'autre part, en abaissant les muscles petit oblique et tranverse jusqu'à la crête pectinéale et en les y fixant on arrive en quelque sorte à exclure l'anneau crural de la paroi abdominale.

Quant au deuxième point, pour démontrer la solidité des plans que nous venons de créer, qu'il nous soit permis de faire ressortir la similitude qui existe

entre notre façon de fermer l'anneau crural et le procédé employé par Bassini pour la réfection de la paroi dans la hernie inguinale. Si nous laissons de côté le plan formé par la suture cutanée nous voyons que Bassini oblitère sa région par deux plans superposés. L'un profond, excessivement résistant est obtenu par la réunion du tendon conjoint à l'arcade de Fallope ; l'autre, renforçant légèrement le premier, provient de la suture des deux lèvres de la plaie pratiquée à l'aponévrose du grand oblique. Dans la cure radicale de la hernie crurale telle que nous l'indiquons, nous n'opérons pas autrement et comme dans le Bassini nous retrouvons nos deux plans. L'un le plan profond provient de la suture de ce même tendon conjoint non plus à l'arcade de Fallope, mais à un plan tendineux tout aussi résistant le ligament de Cooper. L'autre est la résultante de la réunion de l'arcade crurale au pectiné revêtu de son aponévrose. Et ce second plan est autrement résistant que celui obtenu dans le Bassini inguinal par la suture des fibres divisés de l'aponévrose du grand oblique. La meilleure preuve en est que c'était à ce plan seul que Delagenière demandait l'oblitération de son anneau crural et on sait que presque toujours il se trouvait suffisant.

Nous avons donc de cette façon fermé notre point faible crural, nous pouvons dire d'une façon parfaite, reste à voir si comme dans le procédé de Delagenière, ce ne serait pas au détriment de la paroi inguinale. Ici encore nous triomphons, car il nous est facile de

prouver que loin de l'affaiblir nous augmentons considérablement sa résistance. En abaissant notre tendon conjoint, qu'avons-nous fait sinon créé un plan résistant là où il n'en existait pas par ce fait même que nous interposons un rideau musculaire puissant entre la paroi postérieure et antérieure du trajet inguinal ?

En effet, il se trouve dès lors formé par trois plans l'un superficiel l'aponévrose du grand oblique, l'autre moyen les muscles transverse et petit oblique abaissés, le troisième profond le facia transversalis.

Nous avons donc du même coup renforcé deux régions anatomiquement faibles la région inguinale et la région crurale.

Ayant vu les avantages du procédé il nous resterait à en indiquer les inconvénients. Nous avouerons que nous n'en voyons guère. On ne saurait arguer de la difficulté de l'acte opératoire. Il est assurément moins compliqué que les procédés qui emploient la voie inguinale comme moyen d'accès à la région crurale. L'est-il beaucoup plus que le procédé de Delagenière ? Assurément non, car l'abaissement des muscles abdominaux et leur suture au ligament de Cooper ne présentent pas de réelles difficultés à condition de se servir d'une aiguille un peu courbe et, d'autre part, favorisant d'autant la suture au pectiné du ligament de Gimbernat en amorçant en quelque sorte sa descente parfois difficile dans le procédé de Delagenière.

Un autre reproche plus sérieux peut-être est celui

de s'exposer à la compression de la veine fémorale. Certes la pose du fil auvoisinage de cette veine est le point délicat. Il ne faut pas qu'il soit trop rapproché de crainte de la comprimer ; il ne faudrait pas non plus qu'il fut trop éloigné de peur d'oblitérer imparfaitement la région. Mais c'est là une petite question d'habitude, un tour de main qui s'acquiert vite. On reconnaîtra d'ailleurs que c'est là une crainte plus théorique que pratique puisque dans nos observations nous n'avons pas eu à noter un seul cas de compression veineuse.

Enfin un dernier inconvénient sur lequel nous devons attirer l'attention c'est la possibilité de venir piquer en plaçant les sutures la veine pectinéale susaponévrotique, se dirigeant plus ou moins en diagonale vers la veine fémorale et qui souvent, variqueuse, peu blessée donner issue à beaucoup de sang. Nous avons eu un petit accident de ce genre à noter dans notre observation IX. Ce n'est d'ailleurs pas là un ennui bien réel puisqu'il suffit de serrer ses fils pour obtenir l'hémostase. Mais l'opérateur doit connaître l'existence de cette veine de peur de se méprendre sur l'origine de l'hémorragie et de songer bien à tort à une blessure de la fémorale.

CONCLUSIONS

Qu'il nous soit donc permis de conclure que le procédé de Guibé et Proust avec les légères modifications que nous lui faisons subir est actuellement une des méthodes de choix de cure radicale de la hernie crurale.

Les résultats immédiats et éloignés en sont excellents.

Il se recommande : parce qu'il détruit toute amorce péritonéale pouvant favoriser une récidive ;

Parce qu'il ferme le canal crural par deux plans de sutures résistantes ;

Enfin parce qu'il renforce par contre-coup la région inguinale.

Vu : le président de la thèse
QUÉNU

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer .
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Berger. — Bulletin et mémorandum de la Société de Chirurgie, 1892.

Bardescu. — Arch. of klin. Chir., 1908.

Chaput. — Presse médicale, juillet 1904.

Demirleau. — Procédés modernes de cure radicale des hernies crurales. Thèse de Paris, 1897, n° 70.

Delagénière. — Archives provinciales de Chirurgie, février 1896.

Guibé et *Proust.* — Cure radicale de la hernie crurale. Presse médicale, 5 mars 1904.

Gordon. — The radical cure of femoral hernia. Brit. med. Journal, 2 juin 1900.

Lafont. — Cure radicale de la hernie crurale par le procédé de Guibé et Proust. Thèse de Bordeaux, 6 déc. 1905, n° 19.

Loumeau. — Des variétés rares de hernie crurale. Thèse de Bordeaux, 1885.

Parlavecchio. — Ulteriore modificazione al processo proprio. Il policlino, 15 juin 1900.

Ruggi. — Metodo operativo nuovo per la cura radicale dell'ernio crurale. Il Raccoglitore medico, 1892.

Segond. — Thèse d'agrégation, 1883.

Imp. Henry Jouve, 15, rue Racine, Paris.